

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)**

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ СМЕРТНОСТІ МІСЬКОГО ТА СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2014 РОЦІ

Нестоянова О.С.

Науковий керівник – ст. викладач Сміянова О.І.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Подолання негативних демографічних тенденцій – складний і тривалий процес, тому незважаючи на певні позитивні зрушення, демографічна ситуація в області залишається складною.

Мета дослідження. Провести аналіз смертності населення області по віковій структурі та провести аналіз сучасної структури причин смерті населення області.

Матеріали та методи. Розрахунок загальних і погрупових інтенсивних показників. Визначення стандарту. Визначення стандартизованих показників. Розрахунок коефіцієнтів смертності за причинами та статтю.

Результати. Інтенсивні показники смертності у міських населених пунктах та сільській місцевості у Сумській області у 2014 році становили для міського населення 14,7‰ (Україна – 13,1), для сільського населення – 22,8‰ (Україна – 17,7). Стандартизовані за віком показники смертності для сільського та міського населення складають 17,73 та 15,66 відповідно. Різниця між показниками складає 13,25%.

Щорічно в області помирає 82% у віці старше працездатного віку або 50 осіб на 1000 відповідного населення, 18% у працездатному віці або 5,3 особи на 1000 відповідного населення, 0,6% дітей від 0 до 17 років або 0,6 осіб на 1000 відповідного населення чоловіки усіх вікових груп помирають частіше жінок. На 1000 відповідного населення помирає 18 чоловіків і 17 жінок, в тому числі: від хвороб системи кровообігу – 12 жінок і 10 чоловіків; від новоутворень – 2 жінки і 3 чоловіка;

від зовнішніх причин смерті – 0,4 жінки і 2 чоловіка; від хвороб органів травлення – 0,8 жінки і 0,95 чоловіків; від хвороб органів дихання – 0,3 жінки і 0,8 чоловіків.

Висновки. Смертність жителів сільської місцевості в 1,6 рази (Україна – 1,4) вище за смертність жителів міських поселень, насамперед через більш "стару" вікову структуру сільського населення. Інтенсивний показник смертності області перевищує відповідний показник по Україні як для міського, так і для сільського населення. Необхідно сконцентрувати зусилля на вирішенні поточних і стратегічних завдань – економічному забезпеченні відтворення населення, належному соціальному захисту сімей з дітьми та осіб похилого віку, поліпшенні екологічної ситуації, зниженні побутового травматизму, популяризації здорового способу життя, забезпеченні доступності якісної медичної допомоги.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.

Овчаренко І.А.

Харківський національний медичний університет

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Розвиток епідемії мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) є одним з викликів, перед яким постає сьогодні світ. Нажаль, Україна входить до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем МРТБ. Впровадження в останні роки в роботу фтизіатричної служби України новітніх методів діагностики туберкульозу дозволило значно збільшити кількість виявлених випадків МРТБ у структурі захворюваності на туберкульоз (ТБ) як серед населення України загалом, так і окремо по областях.

Метою нашої роботи був аналіз динаміки показника захворюваності на МРТБ у структурі загальної захворюваності на ТБ.

Робота проведена на основі аналізу статистичних даних захворюваності на ТБ серед населення Харківської області.

За період з 2010 по 2014 роки в Україні збільшилась кількість хворих на МРТБ з 10,6 на 100 тис. населення до 17,4 на 100 тис. населення, тобто на 64% . Найбільша кількість

випадків МРТБ (19,9 на 100 тис. населення) була зареєстрована у 2013 році. По Харківській області цей показник склав у 2010 році 17,7 на 100 тис. населення, що перевищив середньо-український на 67%. У 2014 році він становив 13,3 на 100 тис. населення та на 23,5% був нижчий ніж середній по Україні. Відсоток хворих на МРТБ, що розпочали лікування за IV категорією у 2010 році по Україні дорівнював 95, 1% та збільшився до 100% у 2014 році. По Харківській же області у 2010 році він склав 69,9% (був нижчий за середній по Україні на 26,5%) та у 2014 році теж дорівнював 100%.

Таким чином, новітні діагностичні методи, що застосовуються у Харківській області для ранньої діагностики ТБ (у тому числі і хіміорезистентного), дозволили значно збільшити кількість виявлених випадків МРТБ, що дозволяє своєчасно розпочати ефективне лікування таких хворих та попередити розповсюдження стійких МБТ.

МІСЦЕ КСИПАМІДУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Ополонська Н.О., Миронов П.Ф.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Серед основних причин малої ефективності антигіпертензивного лікування на практиці – недостатнє використання комбінованої терапії, застосування нераціональних комбінацій або низьких доз препаратів, терапевтична інерція лікарів щодо змін терапії, а також брак прихильності до лікування у пацієнтів.

Метою дослідження було вивчення впливу комбінованої фармакотерапії ксипамідом та валсартаном на рівень артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих з АГ: чоловіків – 27 (67,5%), жінок – 13 (32,5%) віком 45-59 років. Всі пацієнти були поділені на дві групи. До першої групи увійшли хворі (n=20), яким як антигіпертензивну терапію була призначена фіксована комбінація ксипаміду (20 мг) з валсартаном (160 мг). Пацієнти другої групи (n=20) отримували комбінацію гідрохлортіазиду (12,5 мг) та валсартану (160 мг).

Результати та їх обговорення. Після лікування в обох групах виявлено позитивні зміни структурно-функціонального стану серця (частка хворих 1-ї групи, в яких було досягнуто стабілізація АТ нижче 140/90 мм рт. ст., становила 78 %, 2-ї групи – 61 %). Причому в 1-й групі спостерігалась більш значуща динаміка досліджуваних показників, а саме: систолічний АТ знизився у пацієнтів 1-ї групи із $166,8 \pm 8,4$ до $132,4 \pm 6,0$ мм рт. ст., та із $162,4 \pm 9,2$ до $138,4 \pm 8,6$ мм рт. ст. у пацієнтів 2-ї групи ($P < 0,05$). Діастолічний АТ знизився із $108,6 \pm 6,8$ до $85,6 \pm 6,4$ мм рт. ст. та із $106,2 \pm 8,8$ до $88,2 \pm 8,4$ мм рт. ст. відповідно у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп ($P < 0,05$). ЕКГ- ознаки систолічного перевантаження лівого шлуночка (ЛШ) у пацієнтів 1-ї групи до лікування реєструвались у 46 %, а після лікування – у 21 % ($P < 0,05$). У 2-й групі відповідно до лікування – у 41 % хворих, після лікування – у 29 % хворих ($P < 0,05$).

Висновки. Отже, виявлені зміни свідчать, що поєднане застосування ксипаміду та валсартану дозволяє досягти достовірного та клінічно значущого зниження АТ у обстежених пацієнтів та істотно покращує структурно-функціональний стан міокарда.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Орел М.А., Верещагіна К.В.

Науковий керівник: проф. С.М. Андрейчин

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України", кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії

В останні десятиліття спостерігається зростання захворюваності на подагру, при цьому така тенденція має місце як в Україні, так і в інших європейських країнах. Часто проблематичним є процес діагностики цієї недуги та вибір тактики лікування, особливо, при поєднанні із супутньою патологією. Останнє, зокрема, стосується пацієнтів із